

常務理事	事務長			係

健康保険 資格確認書交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等記号・番号		氏名		
	記号	番号	フリガナ	フリガナ	
	—		(氏)	(名)	
	住所			生年月日	
	〒 —			☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成	
	事業所	名称		所在地	
				〒 —	
		所属		(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など	
		—			

交 付 対 象 者 欄	対象者	☐ 被保険者(本人)分のみ ☐ 被扶養者(家族)分のみ ☐ 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被 保 険 者	フリガナ	生年月日	申請理由
		氏名	同上	☐ 下記、理由欄より必ず選択してください
	被 扶 養 者 ①	フリガナ	生年月日	申請理由
		氏名	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和	☐ 下記、理由欄より必ず選択してください
	被 扶 養 者 ②	フリガナ	生年月日	申請理由
		氏名	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和	☐ 下記、理由欄より必ず選択してください
	被 扶 養 者 ③	フリガナ	生年月日	申請理由
氏名		☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和	☐ 下記、理由欄より必ず選択してください	

理 由 欄	1 : マイナンバーカードを紛失したため 2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため 3 : マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため 4 : マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため 5 : マイナンバーカードを作っていないため 6 : マイナンバーカードを返納したため 7 : マイナ保険証による受診には第三者(介助など)のサポートが必要なため
-------------	---

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名

令和 年 月 日提出

受 付 印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)	
備考欄	